

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

159

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1907, à 1 heure

PAR

DELANOË

DES ADHÉRENCES INTESTINALES

DANS LES

CAS DE PYO-SALPINX

Président : M. POZZI, Professeur.

LE DENTU, Professeur.

Juges : MM.

FAURE, Agrégé.

MORESTIN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1907

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

159

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 février 1907, à 1 heure

PAR

DELANOË

DES ADHÉRENCES INTESTINALES

DANS LES

CAS DE PYO-SALPINX

Président : M. POZZI, Professeur.

LE DENTU, Professeur.

Juges : MM.

FAURE, Agrégé.

MORESTIN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	Albert ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE	RICHAUD
BEZANCON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BRINDEAU.	GOUGET	MAILLARD.	travaux anatomiques.
BROCA André	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DESGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de respect et
de reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté
de médecine de Paris.

Membre de l'Académie de médecine.

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre ce modeste travail, qui fera le sujet de notre thèse, nous tenons à remercier tous nos maîtres dans la médecine, et c'est pour nous en même temps un devoir et un plaisir d'offrir à tous ceux qui nous ont aidé de leurs sages conseils et permis de profiter de leurs savantes leçons l'expression de notre respectueux souvenir.

Tout d'abord, nous adressons ici nos remerciements à nos maîtres de l'Ecole de médecine de Rennes. Que M. le docteur Perrin de la Touche, directeur de cette Ecole, et M. le docteur Lhuissier, professeur d'anatomie, dont les noms reviennent tout naturellement sous notre plume, veuillent bien agréer l'expression de notre gratitude.

Que nos maîtres des hôpitaux de Paris veuillent bien recevoir nos sincères remerciements.

Nous aurions voulu exprimer à M. le professeur Budin notre maître en accouchements, combien nous lui devons de reconnaissance et pour ses brillantes leçons, et pour la sympathie si précieuse qu'il voulut bien nous témoigner. Pourquoi faut-il que la mort soit venue l'en-

lever à ses travaux, et que ce soit sur une tombe que nous devons nous incliner ?

Toujours nous garderons précieusement sa mémoire et les heures que nous avons passées dans son service compteront parmi les meilleures de notre carrière médicale.

Que M. le professeur Pozzi, dont nous avons suivi les cliniques et les brillantes conférences, veuille bien accepter ici nos plus vifs remerciements.

L'accueil qu'il nous fit dans son service nous fut des plus précieux.

C'est lui qui nous a suggéré d'étudier ce sujet plus particulièrement. Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Sensible au grand honneur qu'il nous fait, nous le prions d'accepter l'expression de notre profonde gratitude.

Que M. le docteur Gosset, professeur agrégé, M. le docteur Dartigues chef de clinique à l'hôpital Broca, et M. le docteur Robert Lœvy qui ont eu l'obligeance de nous fournir des observations cliniques inédites, veuillent recevoir ici nos profonds remerciements.

PREMIÈRE PARTIE

INTRODUCTION

Parmi les maladies inflammatoires des organes génitaux de la femme, l'une des plus fréquentes est la salpingite, et l'extension prise depuis Lawson Tait par la chirurgie abdominale l'a fait passer au premier rang de la pathologie pelvienne.

Cette affection a presque toujours pour origine une infection dont l'utérus est le point de départ.

Les relations anatomiques si étroites qui existent, en effet, entre l'utérus et les annexes expliquent surabondamment cette propagation : continuité de la muqueuse, et système lymphatique uni et indivisible, comme l'ont démontré les travaux de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, WALLICH, POIRIER.

Telles sont les voies directes d'infection.

Le principal agent pathogène, et qu'il convient de citer tout d'abord, est le gonocoque de NEISER.

Son rôle que RICORD, REQUIN, BERNUTZ avaient soupçonné, a été définitivement démontré par les recherches bactériologiques de NOEGGEROTH, de ZWEIFEL, de ROSTHORN, de WITTE. En 1890, MENGE put trouver ce

microbe 25 fois sur 100 salpingites, HARTMANN et Morax, en 1894, le trouvèrent 13 fois sur 33 collections purulentes de la trompe.

Il s'y associe du reste avec d'autres microbes pyogènes, tels le coli-bacille, le staphylocoque surtout.

L'infection puerpérale, suite soit d'un accouchement, soit d'un avortement, soit de manœuvres septiques, est en effet, fréquemment la cause de salpingite, soit qu'elle provoque directement l'inflammation, soit qu'elle vienne redonner une nouvelle vigueur à une infection blennorrhagique antérieure, causant ainsi une sorte d'infection mixte (1) par l'association du gonocoque et du staphylocoque.

La tuberculose, les malformations (2) utérines sont aussi des causes de salpingites, et l'on a vu certaines maladies infectieuses, telles la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, provoquer parfois à longue distance des phlegmasies des trompes. Telles sont les observations publiées par Pozzi, où il put rapporter l'infection des organes génitaux à une propagation venue de l'intestin dans quatre cas de fièvre typhoïde et trois cas d'entérite.

(1) Genheim.

(2) Lawson Tait. Freund.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le premier degré de l'inflammation des trompes est la *salpingite catarrhale aiguë*.

La trompe est rouge, dilatée en boudin. Le pavillon n'est pas encore complètement fermé, ses franges adossées par leurs faces péritonéales étant, selon l'expression de Pozzi, légèrement agglutinées comme une fleur de marguerite fermée.

La muqueuse très modifiée, est infiltrée de cellules embryonnaires et des bourgeons de nouvelles formation s'anastomosent et divisent la cavité principale en petites cavités secondaires.

A une période plus avancée viennent des lésions de *salpingite purulente*.

La trompe volumineuse est bosselée, noueuse, le pavillon est fermé.

La cavité principale, transformée en d'innombrables petits diverticules « semblables à des glandes, » est remplie de pus crémeux.

Que devient alors le pus que secrète la trompe malade ?

A cette période la salpingite peut évoluer vers la guérison, sinon complète du moins relative.

Si en effet la restitution *ad integrum* de l'organe est exceptionnelle, on peut voir parfois le pus disparaître, une couche de tissu embryonnaire survenir, s'organiser et boucher la lumière de la trompe. La salpingite est devenue *chronique parenchymateuse*, à tissu soit lardacé et hypertrophié, soit fibreux et atrophié.

Mais le plus souvent, le pus que l'inflammation de l'ostium uterinum empêche de s'écouler librement par l'utérus, s'accumule, et l'on se trouve en présence d'une collection purulente enfermée dans la trompe et qui constitue un PYO-SALPINX.

Cette lésion se développe surtout aux dépens des deux tiers externes de la trompe. Elle prend la forme d'une cornemuse, dont les deux bras peuvent venir entourer latéralement l'utérus, et son volume peut varier de la grosseur d'un petit œuf à celui du poing. Rarement, comme dans les observations publiées par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, elle devient plus importante.

Le pus crémeux ou séreux est contenu dans un kyste dont les parois ont perdu tout caractère particulier, sont devenues fibreuses.

Elles sont épaissies, excepté en arrière, au point correspondant généralement aux adhérences.

La surface interne est grisâtre, irrégulière, bourgeonnante, et la cavité anfractueuse.

Autour de la trompe, se développe une inflammation parallèle du tissu conjonctif circum-utérin, aboutissant à une infiltration plastique du tissu cellulaire péri-cervical.

A cette *paramétrite* se joint aussi une inflammation

qu'en Allemagne on a désigné sous le nom de *périmétrite*, et qu'en France certains auteurs, comme RECLUS et DELBET, ont voulu, sous le nom de *pelvi-péritonite*, prendre pour une entité propre, et que d'autres, au contraire, comme POZZI, considèrent à juste titre comme un épiphénomène habituel des annexites.

Son étiologie se confond avec celle de la salpingite : elle résulte de la transmission des germes infectieux par le réseau lymphatique si riche de ces régions.

Autour de la trompe enflammée les adhérences sont la règle, constituées par la pelvi-péritonite concomitante, qui sous la forme adhésive réunit la trompe, l'ovaire, et la paroi pelvienne.

C'est en général dans le cul-de-sac postérieur qu'elles sont le plus prononcées, où elles réunissent l'utérus, la face antérieure du rectum et le sacrum, transformant ainsi cette cavité en une poche purulente fermée de toute part.

Unies et filamenteuses, ou épaisses et fibreuses, elles sont de formes et de caractères éminemment variables. Elles forment des loges où se collectent des amas de sérosités citrines ou des abcès.

Les annexes suppurées sont alors perdues au milieu d'une collection purulente multiple, séparées les unes des autres par des anses intestinales agglomérées.

Cette lésion porte le nom d'*abcès pelvien*.

Le pus peut-il se résorber ?

Un auteur allemand HEITZMANN croit à sa transformation graisseuse. Le plus souvent, le pus s'enkyste de plus en plus, les parois qui le limitent grossies par

le dépôt incessant de fausses membranes à leurs surfaces internes, deviennent lardacées et ligneuses, et il devient impossible de tenter la moindre décortication des poches purulentes.

Telle est la marche de la maladie.

Il est possible de voir alors les douleurs abdominales sourdes ou aiguës se réduire à fort peu de chose, et l'affection rester pour ainsi dire stationnaire chez les malades qui se ménagent. Mais sous l'influence d'une fatigue, d'un effort, d'un refroidissement, et très souvent d'une infection grippale survient une crise paroxystique déterminant parfois la rupture des collections liquides de la trompe, et plus souvent un accroissement de la virulence des abcès circum-voisins.

Cette rupture dans le péritoine sans adhérences préalables donne lieu à des symptômes de péritonite en voie de généralisation : douleurs abdominales violentes, météorisme rapide, vomissements porracés, qui, en quelques jours, déterminent une issue fatale.

Au contraire, si les adhérences ont limité une ou plusieurs poches dans lesquelles vient s'ouvrir la collection purulente, l'on assistera à une recrudescence brusque des douleurs abdominales avec vomissements bilieux, et l'on trouvera ensuite au toucher une masse informe remplissant le cul-de-sac correspondant.

Ces abcès tendent à se faire une voie au dehors, et par leur voisinage avec d'autres organes, à se frayer un chemin grâce à leur complicité jusqu'à l'extérieur.

L'ouverture dans le vagin est la plus favorable.

L'issue du pus dans la vessie donne lieu à des phénomènes de pyurie.

Mais l'ouverture la plus fréquente se fait par l'intestin et en particulier par le rectum plus exposé en raison de sa position dans le petit bassin.

La poche purulente en contact avec l'intestin s'accrole au moyen d'adhérences et les tuniques intestinales s'irritent par la présence du pus. Une inflammation s'en suit, qui provoque une diarrhée séreuse, une rectite glaireuse, et enfin une perforation survient, par laquelle se produit une évacuation.

A ce moment il se produit parfois une détente des phénomènes douloureux, en même temps que la malade éprouve un impérieux besoin d'aller à la selle, mais souvent cette évolution de la maladie passe inaperçue.

C'est alors que s'installent des fistules permanentes entre les collections purulentes et l'intestin qui secondairement les infecte à leur tour. Par ces portes grand ouvertes pénètre l'infection et la malade meurt en état d'hecticité.

La maladie évolue rarement jusqu'à cette période. Les adhérences limitent les régions enflammées et purulentes. Mais ce voile protecteur cesse vite, et le phénomène phlegmasique eût-il diminué d'intensité, et tout fût-il pour ainsi dire rentré dans l'ordre, la malade n'en ressent pas moins, grâce à elles, des douleurs violentes et reste sous la menace d'accidents qui peuvent avoir les plus graves conséquences, et que nous étudierons plus loin.

DEUXIÈME PARTIE

DES ADHÉRENCES

Histologie.

Comment se forment les adhérences ?

L'histologie nous apprend que dans toute inflammation, il se produit des exsudats liquides qui sortent des vaisseaux et contiennent en quantité variable de la matière fibrinogène, de la fibrine ou du mucus.

Cette fibrine ne s'échappe pas telle quelle des vaisseaux, mais à l'état de matière fibrinogène qui en présence d'une autre matière albuminoïde, dite *fibro-plastique*, se coagule peu à peu.

Disposée, soit en filaments, soit en membranes, elle sert de guide aux cellules épithéliales dans la constitution du tissu conjonctif de nouvelle formation, leur sert de soutien et aide à leur nutrition.

En même temps des capillaires la pénètrent et bientôt elle est remplacée par un tissu cellulaire et des vaisseaux.

Pour les adhérences résultant d'une inflammation péritonéale, le processus est le même.

Les travaux de CORNIL et CHAPUT ont bien mis cette marche en lumière.

Au moyen de deux ligatures, passant au milieu des tuniques musculaires, ils unirent deux anses d'intestin grêle chez un chien.

Le contact des séreuses était parfait ; un exsudat de lamelles et de fibrilles vint le maintenir.

Vingt-quatre heures après, ils virent les cellules des surfaces péritonéales tuméfiées, et leur noyau en voie de division.

Au bout de deux ou trois jours, le travail de division et d'union était accompli, et dans la fibrine se trouvait un tissu de cellules endothéliales anastomosées.

Vers le cinquième ou le sixième jour, les cellules de néoformation, plates en lignes parallèles, vinrent constituer la paroi des néocapillaires.

Le même travail s'étant fait du côté du tissu conjonctif du péritoine, les circulations s'unirent, et dès le septième jour, des fibres conjonctives vinrent former un tissu complet.

En même temps, le mésentère et le grand épiploon étaient venus s'accoler aux anses intestinales libres et consolider cette cicatrice.

Les quelques données histologiques qui précèdent, indiquent bien la marche que suivent dans la périmétrie les phénomènes phlegmasiques :

Inflammation des trompes qui provoque l'exsudat ; coagulation de la fibrine ; prolifération des cellules ; formation de capillaires, de fibres conjonctives et enfin adhérences.

Anatomie pathologique.

Ces adhérences qui s'adressent à tous les organes contenus dans la cavité abdominale et le bassin, estomac, foie, vésicule biliaire, utérus, vessie, intestin, ont cependant un siège de prédilection dans le cul-de-sac de Douglas. L'inflammation se propageant directement par les trompes dont le pavillon est normalement situé en arrière du ligament large, et elles peuvent unir d'une façon intime, sur une étendue plus ou moins grande l'utérus et le rectum.

Leur solidité varie en raison de leur ancienneté.

Récemment, elles sont parfois aussi ténues que des toiles d'araignées ; plus anciennes, elles deviennent résistantes, présentant une disposition stratifiée et parfois ont une teinte nacrée.

Cette légère étude nous permet de concevoir combien les adhérences peuvent varier de forme et de siège.

Aussi, sans insister sur les variétés de formes, nous admettrons deux groupes :

I. Le premier contient les adhérences récentes sous la dépendance d'une affection aiguë.

II. Le second, les adhérences anciennes que nous pouvons diviser en :

a) Adhérences formées par le tissu cellulaire mince et lâche ;

b) Adhérences filamenteuses, allongées en forme de brides et d'anneaux ;

c) Adhérences intimes qui soudent les parties entre elles.

Nous ne ferons que noter le premier groupe, qui par sa structure même accorde aux organes toute facilité de mouvement, et ne peut apporter aucune gêne à leur fonctionnement.

Dans le second, notre étude s'adressera surtout aux paragraphes b) et c), dont la division est simplement histologique et qui produisent pathologiquement les mêmes symptômes et les mêmes accidents.

PATHOLOGIE

Depuis JÆNICKE de Breslau, qui trouva des adhérences dans 75 cas p. 100 phlegmasies des organes génitaux internes de la femme, la pratique de la laparotomie a permis d'étudier de plus près ces formations pathologiques et l'on peut affirmer que ces organes sont le plus souvent le point de départ des adhérences péritonéales.

Et s'il est difficile de diagnostiquer, comme nous le verrons plus loin l'existence d'adhérences, il n'en est pas moins certain que parmi les symptômes douloureux qui existent chez les femmes, il en est qui sont manifestement liés à l'existence d'adhérences, qui peuvent, soit par des tiraillements incessants, soit par les troubles apportés au fonctionnement de l'organe intéressé provoquer dans l'existence des malades des troubles assez intenses.

Bien que ces phénomènes douloureux ne semblent pas, *a priori*, d'une gravité exceptionnelle, puisque souvent il y a simple gêne dans les fonctions, on peut craindre des accidents graves.

Une occlusion intestinale peut se produire brusquement et réclamer d'urgence une intervention.

La pathologie des adhérences intestinales est très complexe, en raison de la diversité des conditions dans lesquelles peut se trouver placé l'intestin.

Il est toutefois intéressant de signaler ce fait curieux :

Des adhérences intestinales, même étendues peuvent ne donner lieu à aucun trouble ou phénomène douloureux.

CHURCHILL, dans son *Traité des maladies des femmes* rapporte cette observation :

« Une femme de 23 ans, porte au côté gauche une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, mobile et donnant un son mat à la percussion.

« Aucun trouble. On diagnostique une tumeur de l'ovaire.

« A l'opération, il fut trouvé une masse d'intestins adhérents entre eux, avec un épiploon épaissi ayant un centimètre et demi.

« Les adhérences furent rompues, l'abdomen suturé et la guérison opératoire suivit de près.

On trouve de même dans Nicaise un cas d'adhérences intestinales très étendues immobilisant la presque totalité de l'intestin, permettant seulement les contractions sur place, et cela sans qu'elles fussent accompagnées de douleurs intolérables.

Ces cas sont rares et le plus souvent les adhérences produisent des phénomènes douloureux, sinon des accidents graves.

L'observation suivante, que nous trouvons dans Nicaise, vient à l'appui de ce que nous disions précédemment.

« Une jeune femme nerveuse présentait des troubles de la menstruation, accompagnés de douleurs pelviennes siégeant surtout à gauche.

« A l'opération, on trouva un ovaire petit, scléreux, kystique, des trompes enflammées, ayant des adhérences intestinales avec l'intestin grêle.

« Les ovaires furent enlevés, mais l'adhérence qui paraissait assez lâche fut laissée.

« Les suites opératoires furent assez simples. Cependant le quatrième jour, la malade présenta des symptômes d'occlusion intestinale. Avant qu'une intervention fût pratiquée survint une débâcle et la guérison fut rapide.

« Dans la suite les troubles nerveux persistèrent, ainsi que des troubles de digestion. Et la malade succomba à la suite d'une série de troubles digestifs dont probablement l'adhérence avec le fond du bassin était la cause. »

Aussi ces adhérences ont-elles attiré l'attention des chirurgiens.

JÆNICKE, de Breslau, a remarqué que ces adhérences produisaient presque constamment des troubles de nature vagues, considérés souvent à tort comme étant d'origine hystérique.

Au XVI^e Congrès de chirurgie allemande CRÉDE cita un cas de coliques chroniques par adhérences.

En 1892, au XXI^e Congrès, LAUENSTEIN rappelle dix

cas qu'il opéra avec des adhérences très complexes, étendues à la vésicule biliaire, au côlon et à l'estomac.

En 1894, RIEDEL, d'Iéna, étudia ces adhérences dans les *Archives pour la chirurgie clinique*.

La même année, NICAISE, dans la *Revue de chirurgie*, en fit une étude approfondie.

Depuis, en 1895, BOUQUET DE LA JOLINIÈRE fit dans sa thèse de doctorat, à Lyon, un travail très complet que les communications de NOVÉ JOSSEMAND et GOINARD, de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE vinrent compléter.

Déjà en 1839, dans une thèse de Paris, DEFAYE avait décrit les douleurs consécutives aux adhérences.

Il rapporte des coliques violentes survenant tout à coup, et même « si les adhérences constistant des espèces de cordes viennent entourer et serrer l'intestin » il décrit des nausées, des vomissements, de la constipation.

Mais il est évident que les symptômes morbides sont extrêmement changeants en raison de la variabilité excessive des adhérences, de leur forme, de leur siège ; car, entre les simples adhérences celluleuses et celles qui imposent à l'intestin des modifications anatomiques plus ou moins grandes, il existe tous les intermédiaires.

Les adhérences ténues, celluleuses, pathologiquement ne présentent aucun intérêt. Elles laissent aux organes une liberté assez grande de mouvements et ne peuvent provoquer aucun trouble, ni aucune lésion.

Mais dans les cas d'adhérences fibreuses, solides, où l'intestin est fixé d'une façon anormale en un ou plusieurs points, lors des mouvements de ce dernier, soit glissement ou déplacement dans la masse des anses

intestinales, soit lors du mouvement péristaltique dont l'ondulation propagée de proche en proche fait progresser les matières, il se produira des tiraillements qui non seulement agiront sur l'endroit précis où siègent les adhérences, mais se feront sentir dans les régions voisines.

Il en résultera des douleurs pouvant se présenter par crises, et ne se produire seulement que lors du mouvement digestif.

En second lieu, si plusieurs anses intestinales se trouvent englobées par l'épiploon et adhérents intimement entre elles, le conduit élastique, dont tout mouvement soit de glissement, soit d'ondulation est arrêté, sera transformé en tube rigide, et il lui sera impossible de se contracter normalement. Il y aura là une difficulté pour les aliments, même liquides, de passer, ce qui amènera au-dessus de la partie englobée par les adhérences une série de contractions plus ou moins violentes pour chasser les matières, et provoquera des coliques intenses.

De plus la malade sera, sous certaines dispositions anatomiques spéciales, sous la menace constante d'occlusion intestinale.

Modifications anatomiques.

Etudions maintenant les modifications anatomiques que peuvent produire les adhérences intestinales.

Nous ne pouvons parler ici que des adhérences unissant intimement deux organes.

Supposons d'abord que ces adhérences unissent entre elles les deux portions d'une même anse intestinale.

Il y aura par ce fait transformation de cette anse en U plus ou moins coudé.

Cette coudure pourra amener un rétrécissement du calibre de l'intestin au niveau de l'éperon, en même temps que le bout supérieur comprimera le bout inférieur.

Dans la cavité abdominale, où les déplacements de l'intestin ont pour s'effectuer un espace relativement étendu, la coudure pourra n'être pas permanente et ne causer que de vagues douleurs alternant avec des périodes de calme. Mais dans la cavité pelvienne, l'intestin adhérent est pour ainsi dire immobilisé, et l'on assistera à des douleurs et des accidents plus graves pouvant arriver à simuler des symptômes d'occlusion intestinale.

Une autre modification est l'enroulement ou la torsion de l'intestin sur lui-même, à laquelle le gros intestin sera plus sujet, grâce à son calibre, l'épaisseur de ses parois et surtout sa fixité.

Le rétrécissement dépend de la courbure du canal intestinal qui pourra se produire de même, s'il y a union entre un organe voisin et une anse intestinale. Mais il pourra se produire aussi sous l'influence d'une brise péritonéale, ou d'une fibre annulaire enserrant l'organe entièrement.

Symptômes. Diagnostic.

De l'étude forcément limitée que nous venons de faire, nous pourrions tirer une symptomatologie qui, sans être tout à fait concluante, éveillera l'attention du chirurgien et lui fera, en certains cas, penser à l'existence d'adhérences intestinales.

Chez une malade souffrant de douleurs abdominales sourdes ou exaspérées dans la région de la fosse iliaque interne, surtout dans la région gauche, ou le toucher vaginal permet de reconnaître dans le cul-de-sac postérieur une tumeur plus ou moins ferme et douloureuse à la pression ; ou par le palper hypogastrique, on arrive à sentir une tumeur pédiculée à parois épaissies où l'on peut trouver dans les antécédents l'existence d'une infection gonococcique, en un mot, chez une malade où le diagnostic de salpingite est posé, où l'existence d'un pyo-salpinx est assuré :

Si l'on se trouve en présence d'un point fixe douloureux, exagéré par une pression profonde ;

Si cette douleur est de forme et d'intensité éminemment variables : sourde avec paroxysmes, ou simplement accès survenant quelque temps après les digestions ;

S'il y a coexistence de constipation plus ou moins forte ;

Le chirurgien devra songer à l'existence probable d'adhérences intestinales, mais devra aussi réserver son diagnostic.

TRAITEMENT

Quel traitement convient-il alors d'apporter ?

Résultant d'une inflammation parfois très ancienne, les adhérences ne peuvent s'établir que si les organes pelviens ou abdominaux ont été le point de départ d'une phlegmasie.

Une affection du foie, de la vésicule biliaire, de l'estomac, et comme nous venons de le voir, surtout de l'utérus et de ses annexes, peuvent provoquer des adhérences.

Elles constituent donc un accident, une complication, dans le cours d'une maladie inflammatoire.

Il s'en suit que le traitement des adhérences est le plus souvent un traitement secondaire, et que dans la presque totalité des cas, il justifie du traitement, soit d'une appendicite, d'une péritonite, d'une salpingite.

Si parfois il est des cas où les réactions locales inflammatoires s'apaisent complètement, il n'en est pas moins certain que la présence d'adhérence constitue une complication et un danger permanent pour les malades.

Aussi malgré l'opinion de NICAISE qui pensait que

certaines adhérences s'amincissent, s'allongent et finissent par disparaître peu à peu, bien que Roux (de Lausanne) prétende que les adhérences peuvent disparaître spontanément, et bien que le massage ait été vivement préconisé par Seiffart, Semianikoff, Weisenberg, malgré les dangers d'effusion du pus, d'hémorragie, auxquels il expose les malades d'inflammation aiguë, cette affection doit être considérée comme dépendant absolument de la chirurgie.

A elle de vider les poches purulentes, de rompre les adhérences qui attachent, qui enserrant les organes voisins, à elle de remettre l'ordre dans un milieu, où rien n'est plus reconnaissable, où trompes, ovaires, intestins ne forment plus parfois qu'un énorme gâteau épais baignant de toute-part dans le pus.

L'opération à laquelle on doit avoir recours est la laparotomie.

Mais, le chirurgien doit-il pratiquer une oophoro-salpingectomie, ou se contenter simplement de rompre les adhérences ?

B-E. HADRAN, remarqua le premier que les douleurs abdominales disparaissaient après la section d'adhérences, souvent simplement filamenteuses, qui unissaient les divers organes dans l'abdomen.

POLK, à la suite, proposa une simple toilette antiseptique du péritoine après avoir exprimé les trompes et rompu les adhérences.

F. HOWITZ de Copenhague se borna à la libération des organes et nous avons vu LUCAS-CHAMPIONNIÈRE publier dans le *Journal de médecine et chirurgie* une série

d'observations dans lesquelles la laparotomie fut seulement libératrice.

Il semble en effet, à l'heure actuelle, que bien souvent l'ablation des annexes, aît pu être évitée, aussi M. le professeur Pozzi et son école ont pour principe absolu de faire toujours ou le plus possible de la chirurgie conservatrice, partielle ou totale suivant les indications.

Nous allons décrire le mode opératoire tel que nous l'avons vu maintes fois pratiquer dans le service de gynécologie de Broca et nous nous inspirerons pour notre description de celle que fit paraître le docteur Dartigues, chef de clinique de ce service dans le LIVRE D'OR offert au professeur Pozzi.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA LAPAROTOMIE

SOINS PRÉOPÉRATOIRES. — Avant d'aborder une opération comme la laparotomie, opération qui pour être presque inoffensive quand une asepsie rigoureuse est obtenue, n'en est pas moins fort grave, le chirurgien doit prendre quelques dispositions préliminaires intéressant et la malade, et lui-même.

Parlons tout d'abord de la malade.

Il faudra toujours *systématiquement*, à moins que l'urgence soit absolue, pratiquer, comme le recommande le docteur Robert Lœwy, une analyse complète des urines, quantitative et qualitative, et ne pas hésiter à remettre l'opération si la sécrétion rénale est insuffisante.

L'opération résolue, la malade devra prendre, la veille ou l'avant-veille de l'intervention un grand bain, pendant lequel on procédera à un lavage savonneux général.

La région opératoire proprement dite devra autant que possible être lavée deux fois. Une première fois, la veille de l'opération, le ventre sera brossé et savonné, en même temps que l'on rasera le pubis, et savonnera le vagin; une seconde fois en présence du chirurgien.

Une autre indication est l'évacuation intestinale et vésicale.

Obtenue pour l'intestin par une purge et un lavement que l'on donnera la veille, elle le sera pour la vessie par un sondage pratiqué immédiatement avant l'opération.

Le docteur Robert Lœwy fait toujours boire, quand la purge a produit son effet, un litre et demi de tisane de queues de cerises, de façon à bien dégager les émonctoires, et à faciliter ainsi l'élimination des toxines résultant de l'anesthésie et de l'opération.

Le chirurgien devra chercher à obtenir pour lui et ses aides, une asepsie des plus absolues, et grâce à l'usage adopté des gants de caoutchouc il lui sera assez facile d'y parvenir.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE PROPREMENT DITE. — OUVERTURE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE.

La malade endormie, et après le placement des champs opératoires, l'incision est faite, un peu à gauche de la ligne médiane, et la peau et le pannicule graisseux sectionnés à fond peuvent être, si besoin, maintenus écartés, au moyen de petits écarteurs de Farabeuf.

Le plan musculo-aponévrotique sous-jacent, est mis ainsi à découvert et le chirurgien incise alors longitudi-

nalement la gaine des muscles droits sur l'interstice jaunâtre de l'aponévrose, soit au bistouri, soit au ciseau.

Ce temps accompli, il insinue en crochet les deux index dans l'interstice intermusculaire, et les dirigeant en sens contraire, l'un en haut vers l'ombilic, l'autre en bas vers le pubis, dénude d'un coup le péritoine, qui soulevé au moyen d'une pince à disséquer est facilement incisé.

A ce moment le ventre est ouvert et le chirurgien aborde la principale phase de l'opération.

Tout d'abord, il doit limiter son champ opératoire et le protéger.

De suite, il place un écarteur abdominal prenant bien soin en mettant sa valve sous-pubienne, de soulever le péritoine pariétal au niveau de la commissure pubienne de la plaie opératoire, et de la placer au-dessous de lui pour soutenir les tissus cellulaires et adipeux qui pourraient rétrécir le champ opératoire.

La malade est en position déclive de Tradelenburg, les anses intestinales refoulées vers le diaphragme, il est facile de placer les champs opératoires, l'un dans la fosse iliaque droite, un autre dans la fosse iliaque gauche, un troisième dans l'angle promontarien.

Ces champs doivent être en mousseline et pour éviter que leur contact, si peu rude soit-il ne puisse altérer l'épithélium péritonéal, il est très utile, selon l'usage du professeur Pozzi de les imbiber d'une solution de sérum artificiel stérilisé que l'on aura exprimée ensuite.

Ce temps, qui doit se faire en quelques secondes, est parfois des plus difficiles.

Il arrive souvent de rencontrer des adhérences complexes, où les lésions annexielles fusionnent et se soudent avec l'intestin, l'épiploon et le péritoine; et ce n'est qu'après avoir pu décoller ces adhérences, sectionner ces brides épithéliales qu'il sera possible d'obtenir une zone libre où l'on pourra établir la barrière protectrice des champs opératoires.

LIBÉRATION DES ADHÉRENCES.

Cas faciles. — Lorsque l'épiploon n'adhère pas aux masses annexielles, l'intestin retombe tout de suite sur le diaphragme.

Les adhérences que peuvent avoir contractées les trompes sont rares, peu nombreuses et faciles à détacher.

Saisissant le fond de l'utérus, on l'attire vers l'angle ombilical de l'incision, mettant ainsi en extension l'utérus, ses annexes, les adhérences.

De la main, on explore le cul-de-sac postérieur de Douglas, détachant s'il est nécessaire avec les doigts recourbés les annexes qui peuvent être prolabées.

Ces adhérences rubaniformes sont facilement libérables et ne donnent aucun suintement généralement.

Cas difficiles. — Dans d'autres cas, et ce sont les plus fréquents, on voit l'épiploon adhérer à la masse

formée par les annexes et l'utérus, comblant le petit bassin.

Il faut, soit avec le bistouri, soit avec le ciseau, libérer son extrémité adhérente, et le rabattre, protégé par une compresse.

Si les adhérences de l'intestin grêle sont rubaniformes, il faut les sectionner entre des pinces de Kocher et les lier immédiatement.

Les adhérences sont exceptionnelles entre la paroi antérieure et l'utérus. Plus fréquentes, elles existent entre l'utérus et le rectum, l'utérus et les annexes.

L'on cherchera, si le doigt est incapable d'écarter les organes, à séparer au moyen du bistouri le point adhérent le plus élevé, et si l'union est trop intime, on coupera toutes les parties adhérentes se tenant du côté de l'utérus, en laissant une partie adhérente à l'intestin.

Ce temps fait, avant de continuer l'enlèvement des annexes, après avoir protégé le rectum au moyen de compresses, on enlèvera l'utérus.

Nous ne décrivons pas le mode opératoire à suivre en ce moment, les ouvrages de gynécologie sont tous fort explicites à ce sujet et nous arrivons de suite à la masse annexielle.

Dans les grosses collections suppurées, il est préférable d'enlever la poche entière en bloc.

Toutes les précautions seront prises pour éviter l'issue du pus dans le bassin.

S'il se produit une fissure dans la poche annexielle, l'on n'essaiera pas d'étancher le pus à mesure qu'il s'écoulera, mais on fermera par un tampon, une compresse

la petite perforation, l'on emmaillotera la masse entière, et on en fera l'extirpation totale.

Il arrive souvent que dans les manœuvres de décoration, les tuniques intestinales soient éraillées; on pratique alors de fines sutures, les tissus étant souvent très friables.

Parfois aussi les anses intestinales sont entièrement liées aux annexes. S'il est impossible de les séparer complètement des parois du kyste, il sera indiqué de couper au ciseau les adhérences ou la poche, comme le fait le professeur Pozzi, et, laissant une partie adhérente à l'intestin, de cautériser au thermo-cautère poussé au rouge sombre.

DRAINAGE.

Dans les cas simples, on se contentera de mettre un drain, dont le calibre pourra varier de celui d'une sonde de Nélaton à celui de l'index. On devra s'assurer avec soin qu'il pénètre bien tout au fond du cul-de-sac de Douglas, dans la partie la plus déclive, sans cela le drainage ne pourrait s'effectuer.

Dans les cas complexes, où l'on aura fait une extirpation totale, on utilisera le drainage de Mikulicz, que le professeur Pozzi a introduit en France. Puis une mèche partant du cul-de-sac de Douglas traversera la collerette vaginale et ira dans le vagin. Au-dessous d'elle, contre la paroi vaginale postérieure, une seconde mèche sera

placée, qui s'imbibera de tous les liquides éliminés et que l'on devra changer tous les jours.

FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE.

Avant de refermer le ventre, il faut s'assurer que l'hémostase est parfaite et définitive, ce qui se fera en remettant la malade dans la position horizontale. La circulation étant ainsi redevenue normale, l'on verra plus facilement les points où l'hémostase pourrait être douteuse.

Puis après avoir acquis la certitude que nul oubli de compresses ou d'instruments ne peut exister, le chirurgien fera la suture des parois abdominales.

Si parfois dans les cas d'urgence, il arrive de faire la suture en masse, à points séparés au crin, ou au fil d'argent, il vaudra mieux généralement faire, comme le pratique le professeur Pozzi, la suture à trois étages au catgut.

Dans certains cas, lorsque la paroi est très grasse, lorsque la femme est une tousseuse, il y a grand avantage à assurer d'une façon absolument certaine, la fermeture de la paroi abdominale, en faisant passer un ou deux fils d'argent doubles que l'on fixe sur des bourdonnets. Cette technique préconisée par le professeur Pozzi donne une sécurité absolue.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Lawson-Tait. (*Médical Times*, 1884).

Pas d'adhérences dans le cul-de-sac de Douglas. Douleurs intenses. Guérison par la laparotomie.

S. B..., âgée de 32 ans, se présente à l'hôpital de Birmingham, se plaignant de douleurs pelviennes constantes, depuis ses dernières couches.

A l'examen l'utérus semble quelque peu fixé à une masse placée derrière lui, sensible à la pression, et probablement kystique. Mais comme la malade ne se plaignait d'aucune augmentation des douleurs pendant ou avant la menstruation, il était impossible de diagnostiquer une occlusion, ou une distension de la trompe.

Quoi qu'il en soit, je conseillai une laparotomie.

A l'opération, il fut trouvé une forte quantité de pus dans le bassin, et une *anse d'intestin adhérente au cul-de-sac*.

Les adhérences furent rompues sans trop de difficulté et l'abdomen fermé.

Les suites furent simples, et la malade, délivrée de ses douleurs, n'a plus vu revenir ses anciens symptômes.

OBSERVATION II

*Hystérectomie abdominale totale avec ablation bilatérale
totale des annexes.*

La malade, entrée à l'hôpital le 22 janvier pour douleurs abdominales siégeant surtout à gauche, est âgée de 22 ans. Régulée à l'âge de 17 ans, les règles peu abondantes ne causaient aucune douleur.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants.

Antécédents personnels : Nuls. Ni enfant, ni fausse couche.

Vers le milieu de novembre 1905, la malade est réglée comme d'habitude. Quinze jours après, elle commence à souffrir dans le côté gauche de l'abdomen seulement et présente des pertes blanches.

Les douleurs siégeaient dans la fosse iliaque gauche, et remontaient vers le flanc et l'ombilic. Après un repos de quinze jours au lit, les douleurs cessent complètement.

Au mois de décembre, règles normales, non douloureuses, mais suivies de pertes blanches que la malade déclare avoir été peu abondantes. Ces pertes jaunâtres et tachant le linge durent tout le mois de décembre et sont accompagnées de douleurs vives siégeant au même point que précédemment. De plus elles étaient plus vives le soir ou après une fatigue et se calmaient par le repos de la nuit.

Vers le 25 décembre, les pertes cessent, et les douleurs gagnent le côté droit, où elles siègent sans irradiations.

Au mois de janvier les règles furent moins abondantes, et s'accompagnèrent de douleurs violentes siégeant des deux côtés de l'abdomen.

La malade entre à l'hôpital le 22 janvier.

Son état général est bon, l'appétit est conservé.

A la palpation l'abdomen est plus douloureux à gauche qu'à droite.

L'utérus est en position normale. Le col est gros et légèrement entr'ouvert.

Par le toucher et le palper combinés, on sent dans le cul-de-sac latéral droit une masse du volume d'une noix qui est douloureuse au toucher. Cette masse, qui fait corps avec l'utérus, ne déprime pas beaucoup le cul-de-sac, elle remonte en haut dans la direction de l'appendice.

A gauche, on sent une masse du volume d'une mandarine. De forme oblongue, elle s'étend sur le côté gauche de l'utérus, auquel elle adhère d'une façon intime. Elle descend dans le cul-de-sac latéral postérieur gauche qu'elle empâte, et est très douloureuse à la pression.

Volume d'urine émis en 24 heures, 1.500 grammes.

Urée par litre, 17. Ni albumine, ni glucose.

L'opération fut faite par le professeur Pozzi, assisté du docteur Robert Lœwy.

Après anesthésie, la paroi est incisée et la malade est mise en position déclive.

On ouvre la cavité péritonéale, et l'on tombe sur un magma formé par l'agglomération de l'épiploon, de l'utérus et de ses annexes. Malgré les précautions prises dans les manœuvres de décortication, du pus apparaît, que l'on étanche à l'aide de compresses. On dégage l'épiploon, qui saigne, et sur lequel on met une ligature.

On attire alors le fond de l'utérus après avoir décollé les annexes qui y adhèrent, et l'on place les clamps latéraux entre lesquels on sectionne les ligaments larges, et l'on met des pinces sur les utérines. Par le vagin on fait passer une pince qui vient faire saillie dans le cul-de-sac postérieur de la cavité abdominale, et sur laquelle on incise la muqueuse vaginale. L'on enlève alors l'utérus mais par le vagin.

Restent les trompes et les ovaires, qui font, de chaque côté

des points sectionnés, des masses adhérentes avec les intestins.

A droite, on dégage avec difficulté les annexes, et l'on place des clamps sur leur pédicule. A gauche, les annexes tiennent tellement à l'intestin, qu'on est obligé de les dégager aux ciseaux.

On laisse ainsi sur l'S iliaque une plaque indurée, saignante, de la dimension d'une pièce de deux francs, que l'on attaque au thermocautère.

A côté de cette plaque, la séreuse intestinale présente une petite fissure sur laquelle on fait un point au catgut.

Les ligatures sont faites au catgut n° 2, et l'on vérifie l'hémostase.

La mèche d'attente du vagin est retirée et remplacée par une autre.

On péritonise le moins possible.

On draine au moyen d'un Mickulicz par le ventre, qui est refermé comme à l'ordinaire.

Suites bonnes, la malade sortait guérie le 13 mai.

OBSERVATION III

Hystérectomie abdominale subtotale. Ablation bilatérale des annexes.

La malade, âgée de 23 ans, domestique, a été réglée à 11 ans.

Fausse couche en avril 1904. Accouchement normal. Dès le lendemain la malade reprend ses occupations.

Jusqu'au mois de décembre la malade ne ressent aucune douleur, et ne présente aucune perte.

A partir de ce moment, la malade souffre de douleurs abdo-

minales qui, d'abord sourdes, deviennent de plus en plus vives. En même temps se produisent des pertes blanches, jaune verdâtre, qui tachent le linge, et les mictions sont douloureuses.

Les règles sont normales comme abondance et comme durée.

Au mois de janvier la malade est prise de douleurs abdominales extrêmement vives du côté gauche. Ces douleurs durent deux ou trois minutes, et se reproduisent deux ou trois fois par heure. Elles obligent la malade à entrer à l'hôpital Saint-Louis, où elle reste dix-sept jours. Elle y est soignée par des injections et des tamponnements.

A sa sortie de l'hôpital, ne ressentant plus aucune douleur, elle reprend sa place.

Le 12 février, ses règles deviennent très abondantes, rouge noirâtre, durent sept jours et les douleurs recommencent très violentes, surtout à gauche.

Elle entre à l'hôpital Broca le 17 février.

A la palpation l'abdomen globuleux est particulièrement douloureux à gauche.

L'utérus est légèrement en anteversion. Le col est fongueux, rougeâtre, présentant des ulcérations, et les pertes blanches sont très abondantes.

Au toucher, le cul-de-sac gauche est dur et tendu. A droite, il est douloureux à la pression mais sans présenter de lésion bien nette.

La malade fut opérée le 14 avril par le docteur Dartigues.

A l'ouverture du péritoine on trouve de nombreuses adhérences entre l'épiploon et l'intestin.

A droite on voit une grosse masse surmontée par le cordon de la trompe qui passe en sautoir.

Tout d'abord on s'attaque aux annexes gauches très altérées, adhérentes de toutes parts, et dont le pédicule utéro-ovarien est très difficile à isoler, le ligament large étant très rétracté.

On fait la ligature des éléments de ce ligament et l'on sectionne.

On procède ensuite à la section intra-cervicale de l'utérus, puis on s'attaque à la grosse masse droite, qui a le volume d'une grosse orange.

Mais dans les manœuvres de décortication de cette masse qui adhère au rectum, la poche de pus crève. Le nettoyage rapide de cet épanchement suppuré est fait et l'on fait l'ablation de toute la poche.

Une assez grande étendue du rectum ayant été dénudée pendant le décollement des adhérences, on fait *une suture*, puis on péritonise le ligament large et le col. Drain et mèche (2), et l'on ferme la paroi en trois plans.

La malade est sortie guérie fin juin.

OBSERVATION IV

Hystérectomie abdominale totale.

Pyo-salpinx double.

La malade, âgée de 24 ans, entre à l'hôpital le 25 octobre 1906, pour violentes douleurs abdominales dans tout le bas-ventre, particulièrement localisées dans la fosse iliaque droite, et pour pertes rouges abondantes.

Antécédents personnels nuls. Un seul enfant, il y a trois ans, avec accouchement normal. Pas de fausse couche.

Réglée à l'âge de 13 ans, les règles s'établissent avec une certaine difficulté, mais se présentant toutefois avec une grande régularité et ayant une durée de 4 à 5 jours.

Ce n'est qu'il y a environ 2 ans qu'elles perdent cette régularité et se présentent deux fois par mois avec une durée variable. De plus, depuis cette époque, la malade est atteinte de pertes blanches abondantes, qui deviennent bientôt jaune verdâtre.

A partir du 25 septembre dernier, la malade commence à perdre en rouge. Les pertes coïncident avec l'apparition des règles, puis dans l'espace d'un mois elles se présentent quatre fois.

La dernière fois, la malade eut une véritable métrorrhagie qui dura une quinzaine de jours.

De plus, les douleurs abdominales, dont la malade souffrait depuis deux ans, à peu près, prennent une intensité très considérable, présentant un maximum dans la fosse iliaque droite, et s'irradiant dans la région lombaire, les aines et les cuisses.

Au toucher vaginal, on trouve un col assez dur, un peu projeté dans le cul-de-sac postérieur qui est normal. Les culs-de-sacs latéraux et antérieur sont pleins, et adhérent au col. Ils sont remplis par des masses dures, arrondies et roulant sous les doigts.

L'analyse des urines donne :

Vol. 1200. Urée, 10 gr. par litre, 12 gr. par jour.

Albumine : quantité notable.

L'opération a lieu le 3 novembre et fut faite par M. le professeur Pozzi, assisté des docteurs Robert Lœwy et Pottet.

Après incision de la paroi, on place les champs et la grande valve. On constate alors l'existence de deux poches purulentes, adhérentes à l'intestin et à l'utérus.

On commence le détachement des adhérences à l'aide de ciseaux, puis on continue à les décoller à l'aide des doigts.

A ce moment la poche droite se crève et le pus s'échappe dans le petit bassin, que l'on étanche à l'aide de compresses humides essorées. Quand les annexes droites sont dégagées, on passe à celles de gauche, qui laissent aussi échapper du pus que l'on étanche comme précédemment en mettant la malade en proclive.

Ceci fait, comme les annexes sont encore adhérentes, on procède à l'ablation de l'utérus. On place les clamps de M. le professeur Pozzi de chaque côté de l'utérus, et l'on constate en les serrant que du pus s'échappe des ligaments

larges comprimés par eux. On sectionne entre les clamps, de façon à dégager les bords latéraux de l'utérus, puis on isole le péritoine vésical au bistouri. On place des pinces sur les artères utérines qu'on lie immédiatement, et l'on procède à l'ablation totale de l'utérus, en séparant les lèvres du vagin à l'aide de pinces de Faure.

Une mèche est passée dans le vagin.

On procède alors au décollement complet des annexes. A gauche, elles adhèrent au rectum dont les parois sont épaisses et lardacées. On enlève ces annexes, et après nettoyage du petit bassin, et placement de nouveaux champs on procède aux ligatures.

Au moment de fermer les parois, on s'aperçoit que du sang vient de la profondeur. Une artère intestinale donne sur la paroi du rectum, et le sang s'écoule à travers une *fissure longue de 5 centimètres*, survenue en enlevant les *adhérences qui tenaient au rectum*.

On fait un surjet qui arrête l'hémorrhagie.

On place une mèche dans le cul-de-sac postérieur. Puis un Mickulicz avec deux mèches, l'on fait un plan péritonéal, et l'on ferme la paroi au fil d'argent.

La malade est sortie guérie le 15 décembre.

OBSERVATION V

Hysterectomie abdominale totale.

La malade entre à l'hôpital le 26 juin.

Antécédents nuls. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Réglée depuis l'âge de 11 ans et demi, elle l'a toujours été régulièrement.

La malade se plaint d'avoir dans le côté gauche de l'abdo-

men, comprenant le flanc et la fosse iliaque, une grosseur qu'elle palpa elle-même, et plus étendue en hauteur qu'en largeur.

Cette grosseur était accompagnée de ballonnement et d'une sensation peu aiguë de point de côté.

Depuis quelques temps, la malade était constipée. Après son entrée à l'hôpital très affaiblie, elle ne pouvait plus digérer et rendait tout ce qu'elle prenait. Au bout de peu de temps succéda une diarrhée, et pendant une dizaine de jours on trouve du pus dans les selles.

A cette époque elle fut prise d'une phlébite qui dura trois mois à peu près.

L'opération, faite par le professeur Pozzi, le docteur Pottet assisté par le docteur Robert Lœwy, eut lieu le 1^{er} novembre.

Après incision de la paroi, on met la malade en position déclive, et l'on ouvre la cavité péritonéale.

On place la grande valve et deux clamps. On trouve l'utérus et les annexes adhérents entre eux, et formant un magma tenant fortement au rectum.

On commence par essayer de décoller avec précaution la poche purulente droite qui se rompt.

On met rapidement la malade en position horizontale et l'on étanche le pus.

La malade remise en déclive, on continue à détacher les annexes de ce côté. Puis on passe au côté gauche où du pus vient sourdre également.

Les annexes détachées, on commence à séparer la face postérieure de l'utérus du rectum qui lui est fixé.

Le décollement est fait avec précautions, mais on dénude cependant un peu le rectum au niveau de l'ancienne perforation.

Des clamps Pozzi sont placés le long des bords de l'utérus sur les ligaments larges qui sont sectionnés.

On décolle la vessie en avant, et l'on procède à l'ablation totale de l'utérus, après avoir fait avec du catgut deux ligatu-

res des utérines. Puis on enlève les annexes qui viennent par morceaux et sont très friables.

On nettoie le champ opératoire, remplace des clamps et revise les ligatures. On fait une collerette vaginale avec un surjet à points entrecroisés au catgut, *sur la partie du rectum dénudé on fait un surjet séro-séreux au catgut fin.*

Mickulicz à deux mèches. Une gaze tampon-vaginal. Fermeture de la paroi,

La malade sortit le 29 décembre.

OBSERVATION VI.

Pyo-salpinx double. Hystérectomie abdominale subtotale. Ablation des annexes.

(Pratiquée par M. le docteur Dartigues, le 21 juin 1905.)

Laissant de côté les antécédents de la malade, nous nous contentons de rapporter simplement l'opération.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

A l'ouverture du péritoine, l'on rencontre des adhérences extrêmement nombreuses de l'épiploon qui recouvre d'une nappe tout le petit bassin, où l'on ne voit pour ainsi dire rien. Ce n'est qu'après avoir détaché toutes ces adhérences que l'on aperçoit enfin le fond de l'utérus que l'on saisit avec une pince à trois dents:

Des ligatures sont faites sur l'épiploon reséqué.

On attaque alors les annexes droites qui sont les moins volumineuses ; mais la décortication en est des plus laborieuses, et pour y arriver, l'on est obligé de les aborder par leur côté in-

terne, c'est-à-dire par la section du ligament rond, et de l'extrémité de la trompe. On arrive alors, difficilement toutefois, à les extirper, et l'on termine par la ligature du pédicule utéro-ovarien de ce côté.

Du côté gauche, existe un pyo-salpinx du volume du poing. On fait la section du col de l'utérus, et l'on termine l'opération par le procédé américain. Depuis le pyo-salpinx est adhérent partout au fond du cul-de sac de Douglas, *et aussi au rectum*.

A un moment donné, le pyo-salpinx, étant hors du ventre avec l'utérus auquel il adhère, se fissure un peu, et il y a issue de pus que l'on étanche.

D'ailleurs, le champ opératoire est très protégé par des compresses humides. Les gants ayant pu être souillés, sont enlevés, et l'on termine l'opération les mains nues.

On est obligé de faire une suture en deux plans, au catgut, du rectum dénudé. Une artère, au niveau de cette portion de l'intestin saignant abondamment, on arrive difficilement à faire l'hémostase.

Fermeture et péritonisation du col.

Un gros drain est mis dans le Douglas, et trois mèches assurent le drainage.

Fermeture de la paroi en trois plans.

La malade est sortie guérie au mois de juillet.

OBSERVATION VII

Pyo-salpinx double. Hystérectomie abdominale subtotale et ablation bi-latérale des annexes,

(Pratiquée par M. le docteur Dartigues, assisté de M. Trèves, le 18 octobre 1905.)

On fait la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Après ouverture du péritoine, on place une valve sous-pu-bienne Doyen et l'écarteur latéral.

Quatre clamps opératoires sont placés pour refouler l'intestin et laisser la cavité pelvienne extrêmement libre. On voit alors que malgré tout, elle n'est pas complètement dégagée, parce que l'S iliaque et une anse de l'iléon adhérent à la face postérieure de l'utérus et très intimement au niveau de la corne utérine droite. On est obligé de se livrer à une véritable décor-tication ; du reste, on ne peut y arriver qu'en dépouillant l'in-testin de sa musculuse et de sa séreuse. On peut alors isoler en partie les annexes du côté droit.

Par une petite fissure, il s'échappe un peu de pus qui est rapidement étanché.

On commence alors l'hystérectomie proprement dite, en abor-dant les annexes du côté gauche, qui sont plus facilement ac-cessibles, mais qui sont volumineuses, et contiennent un kyste du volume d'un œuf. On lie et sectionne tour à tour le pédicule utéro-ovarien, le ligament rond et l'artère utérine du côté gau-che. On sectionne l'utérus. On lie l'artère utérine et le ligament rond du côté droit.

On peut alors décortiquer complètement les annexes droites, et l'on termine par la ligature de la section du pédicule utéro-ovarien droit.

Fermeture du col par un surjet. Péritonisation complète des ligaments larges et du col par un unique surjet.

On passe alors à l'intestin : à l'anse de l'iléon qui avait été abîmée en quatre endroits, pendant les manœuvres de décor-tication, on fait un *premier surjet au catgut, sous-musculaire* ; puis un *deuxième séro-séreux*, chose très délicate, les tissus en-flammés se laissant facilement déchirer.

On met un drain dans le Douglas, et l'on ferme la paroi au fil d'argent et au crin.

La malade sortit en excellente santé au mois de novembre.

TROISIÈME PARTIE

DES GREFFES PÉRITONÉALES

Nous venons de voir, en esquisant les phases de la laparotomie, que dans quelques cas d'adhérences intimes, il arrivait de dénuder l'intestin sur une certaine étendue, en laissant à vif une surface cruentée dans des tissus souvent dégénérés et friables.

Là se trouve le danger d'hémorragies lentes et continues, impossibles à arrêter à l'aide de pinces, et capables également d'entraîner la mort de la malade, favorisant ou produisant l'invasion de la septicémie.

Une autre complication à redouter dans ce cas est l'infection secondaire du péritoine, rapidement généralisée soit à la suite d'une perforation intestinale, soit simplement sans perforation, la transudation des liquides et des germes devenant la seule cause efficiente.

La pensée de trouver une barrière protectrice devait forcément éveiller l'attention des chirurgiens, et déjà Hégar, avant de refermer l'abdomen, avait eu l'idée

d'étaler sur la région opératoire le grand épiploon.

De cette pratique très employée, nous présentons un exemple pris dans les observations du service du professeur Pozzi, où l'on verra une surface intestinale dénudée, isolée du reste de la cavité abdominale au moyen d'un tablier protecteur formé par le grand épiploon.

OBSERVATION VIII

*Salpingite double suppurée. Appendicite suppurée
(malade spécifique).*

La malade, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 25 octobre, pour des douleurs siégeant dans tout le bas-ventre, avec un maximum dans la fosse iliaque droite.

Antécédents héréditaires nuls.

Personnels : Spécifique depuis février. Ni enfant, ni fausse couche.

Réglée à l'âge de 17 ans, elle l'a toujours été de façon irrégulière.

Au mois de novembre 1905, la malade fut prise subitement de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite et de vomissements, qui la forcèrent d'entrer à l'hôpital Beaujon, où elle resta six semaines. Ces douleurs se calmèrent et la malade ne souffrit pas pendant l'année. Les règles étaient comme d'habitude, et la malade perdait beaucoup en blanc.

Il y a trois semaines, la malade fut prise tout à coup de violentes douleurs au bas-ventre avec maximum dans la fosse iliaque droite et de vomissements.

Les douleurs irradiaient à la cuisse droite et au rein.

La malade a mal au ventre en urinant.

L'opération, pratiquée par M. le docteur Robert Loewy, aidé par M. le Dr Pottet, eut lieu le 30 octobre.

On commence l'incision de la paroi, qui est très saignante. On trouve l'épiploon adhérent à la partie supérieure de la plaie, et l'on dévie à droite, en raison d'adhérences épiploïques qui saignent.

On tombe alors sur une masse formée par les annexes adhérentes à l'utérus et l'intestin.

En raison de la résistance, on est obligé d'amorcer le décollement aux ciseaux.

La poche droite est crevée. La malade est mise aussitôt en proclive et on lave au sérum chaud.

La malade replacée en position déclive, on dégage l'intestin des adhérences qui l'enserrent et les tuniques intestinales sont dénudées sur une longueur de 5 centimètres.

On procède alors à l'ablation totale de l'utérus, et une mèche est mise dans le vagin, puis on décolle les annexes gauches, également purulentes.

Ceci fait, en explorant le côté droit du petit bassin, on trouve, dans sa partie supérieure, un amas d'anses intestinales entre lesquelles se trouve l'appendice baignant dans du pus. On le suit en le décollant et en l'attirant, on décolle la séreuse cœcale sur 4 centimètres.

On enlève l'appendice, et l'on fait un surjet sur la muqueuse cœcale. De même l'on fait un surjet sur 5 centimètres d'intestin que l'on recouvre d'épiploon.

On met un drain et deux mèches dans le petit bassin.

La fermeture du péritoine est effectuée au catgut, mais les muscles et la peau sont suturés au fil d'argent.

Les suites furent normales et la malade sortit en décembre de l'hôpital.

Le rôle de la péritonisation dans les laparotomies, depuis quelques années, s'est affirmé de plus en plus, et nombreux sont les travaux parus sur cette question.

Amann (de Munich), Chaput, Pozzi, Senn, Snéguireff, Tietze, s'attachèrent à ce problème et l'on en vint, non seulement à attirer l'épiploon, et à l'étendre sur les surfaces à protéger, mais encore à l'y fixer.

Tel ce cas que M. le professeur Terrier a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION IX

Il s'agit d'une malade âgée de 39 ans, entrée à la Pitié au mois de mars 1903, et opérée pour une salpingite double suppurée, par M. le professeur Terrier, assisté de MM. les docteurs Gosset et Charrier. Le chloroforme était donné par M. Boureau.

Après anesthésie, le ventre est ouvert et la malade est placée en position déclive.

A droite, on voit un paquet d'anses intestinales de l'intestin grêle, adhérent aux annexes du côté droit.

Une protection très soignée de la cavité péritonéale est faite, puis on libère les anses grêles et l'on met à nu une cavité purulente périsalpingienne droite.

Dans le Douglas existe une dernière anse très adhérente et communiquant avec la trompe. La perforation mesure à peine la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

L'anse d'intestin grêle détachée est bien protégée par des compresses stérilisées et mise de côté pour être suturée à la fin de l'opération.

On procède alors à l'ablation de la trompe et de l'ovaire droits, qui sont trouvés en partie détruits.

La trompe gauche est oblitérée, dilatée, du volume du petit doigt.

On fait une hystérectomie abdominale sus-vaginale ; on procède à la ligature des pédicules. Le ligament large peut être refait à gauche, ainsi que le péritoine, mais à droite c'est impossible.

L'intestin grêle est alors suturé par un surjet total, mais il est impossible de faire un second surjet enfouissant, car le calibre de l'intestin serait trop rétréci.

Pour remplacer ce surjet, *on greffe l'épiploon par dessus l'anse intestinale en le laissant adhérent à sa continuité.*

Drainage et fermeture de la paroi.

Les suites sont assez simples.

La malade, à laquelle sont faites des injections de sérum (1.000 grammes) pendant huit jours, et de 500 grammes pendant trois jours, dès le quatrième jour émet des gaz. Le septième jour, elle présente une selle, et régulièrement ensuite évacue par l'intestin. La diarrhée qui, pendant sept jours, s'était établie, s'arrête, et la convalescence suit son cours.

Le vingt et unième jour, le drain est remplacé par un plus petit.

Température maxima, 38°4.

Mais il nous faut remarquer que dans ces sortes de greffes utilisées depuis longtemps, puisque Jobert de Lamballe, puis Piplet, Ponteau, de Lyon, Louis, pratiquèrent sur les portions dénudées et entre les lèvres des plaies des anses intestinales, l'interposition de lames épiploïques non détachées du reste de l'épiploon, ce dernier constitue une arme à deux tranchants, pouvant assurer à la malade le bénéfice d'une cicatrisation

rapide et parfaite de ses plaies, mais aussi laissant planer sur elle la menace de très graves complications, dont la plus redoutable, comme nous l'avons étudié au chapitre des adhérences, est l'occlusion intestinale.

Dans l'observation suivante, que nous devons à l'amabilité du docteur Dartigues, chef de clinique du service gynécologique de l'hôpital Broca, l'on peut voir nettement ces complications se produire à la suite de brides épiploïques et d'adhérences post-opératoires, pour aboutir à une occlusion intestinale aiguë, qui eût été fatale sans une intervention d'urgence.

OBSERVATION X

Hystérectomie abdominale intra-cervicale. Accidents d'occlusion intestinale au dixième jour avec vomissements fécaloïdes. Laparotomie d'urgence. Guérison.

Il s'agit d'une jeune malade de 22 ans, entrée dans le service du professeur Pozzi, opérée pour troubles dysménorrhéiques et pour sténose du col, d'une ablation des annexes droites, il y a dix mois.

Après s'être bien portée un certain temps après cette opération, elle recommence à perdre et à souffrir du côté des annexes gauches qui avaient été laissées, ayant été reconnues saines.

Comme, de plus, l'on sent dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin une masse assez volumineuse et douloureuse, une laparotomie itérative est jugée nécessaire.

Je lui fais donc, le 27 mai 1904, une hystérectomie abdominale intra-cervicale.

Cette opération est pratiquée sans incident particulier. *Je trouve une adhérence très forte entre un appendice épiploïque du colon pelvien et la trompe gauche*, qui est relativement saine ; quant à l'ovaire de ce côté, il est transformé en une poche kystique du volume d'un œuf.

L'utérus et les annexes gauches sont enlevées en bloc. Le moignon utérin est cautérisé et suturé avec des points séparés au catgut. Les deux ligaments larges et le col sont soigneusement péritonisés.

L'abdomen est refermé en deux plans ; pas de drainage.

Le dixième jour, au matin, après des suites excellentes (les fils de la paroi étaient déjà enlevés de l'avant-veille), la malade commence à avoir des vomissements, qui sont mis sur le compte d'une inconséquence alimentaire. Mais à 5 heures du soir, la situation s'aggrave rapidement : les vomissements deviennent incessants, le pouls filiforme, le facies péritonéal et il y a des syncopes répétées.

Grâce à l'intervention énergique de l'interne, l'état de la malade se releva.

Les accidents avaient été si rapides, que l'on avait pensé à une perforation intestinale.

Je vois la malade à 9 heures du soir. Elle a les yeux très cernés, mais elle n'a pas le facies péritonéal habituel ; le visage n'est pas pâle, les ailes du nez ne battent pas rapidement, la langue n'est pas absolument sèche et le pouls est très comptable. Mais, en revanche, il y a un peu de météorisme abdominal et surtout les vomissements sont incessants en même temps qu'il y a absence absolue de selles et de gaz.

La situation est des plus alarmantes et ce n'est pas sans angoisse qu'il faut prendre une décision des plus graves.

Je fais apporter les dernières alèzes souillées par la malade : les vomissements sont vert clair, mais l'odeur repoussante est fécaloïde.

L'issue est très prochainement fatale si l'on n'intervient pas, mais, d'une autre part, la malade est bien bas pour supporter

une opération d'urgence qui donne généralement si peu de résultats. Néanmoins, la mort étant certaine si l'on ne tente rien, je décide la laparotomie immédiate.

La malade est portée à la salle d'opération ; le chloroforme est donné au dernier moment, pour diminuer autant que possible la durée de l'anesthésie.

A l'ouverture du ventre, je trouve une cicatrice déjà très solide et l'épiploon *adhérent à la face profonde ou péritonéale* de la cicatrice abdominale : je suis obligé de le décoller sur une certaine étendue.

Il existe une quantité assez abondante de liquide péritonitique dans le cul-de-sac vésico-utérin et dans le Douglas, ce liquide est étanché ; de plus les anses intestinales sont dilatées et très congestionnées ; bref, je constate tous les signes d'une péritonite avancée. Je trouve ensuite une *première anse intestinale adhérente au niveau du ligament droit*. Je la détache.

Après des recherches un peu laborieuses, je *découvre une autre anse intestinale* qui est certainement le *côlon pelvien*, *complètement adhérent, coudé et rétréci sur une longueur de 6 centimètres, où il n'a plus que le volume du petit doigt au niveau du ligament large gauche*. J'arrive péniblement à détacher, avec beaucoup de précautions, cette partie de l'intestin.

Je termine l'opération en plaçant un Mickulicz avec gros drain interposé entre le ligament large gauche et l'anse intestinale, siège de l'occlusion.

La paroi abdominale est rapidement recousue, le pansement n'est pas trop serré pour permettre une certaine liberté aux mouvements de l'intestin ; une grosse sonde en caoutchouc est placée dans le rectum pour faciliter l'émission des gaz, un sac de glace est placé sur le pansement pour réveiller la contractilité intestinale, et pour combattre l'inflammation péritonitique constatée au cours de l'opération.

Les vomissements cessent pendant la nuit ; dès le lendemain matin, la malade va fort bien ; elle paraît déjà hors de danger, et elle sort du service, guérie, dix-huit jours après

C'est pour remédier à ce grave inconvénient que le docteur Robert Lœwy proposa la *greffe péritonéale* proprement dite, c'est-à-dire la transplantation d'une portion d'épiploon isolée, détachée de sa base, sur les tuniques intestinales dont la protection s'imposait.

Partant de ce principe que lorsqu'une lésion des organes juxta ou intra-péritonéaux menace l'intérieur de la séreuse, l'épiploon vient adhérer à l'organe atteint et s'opposer à l'infection, cet auteur eût l'idée d'utiliser pratiquement la qualité défensive du péritoine.

Des expériences qu'il a bien voulu nous communiquer, nous extrayons entr'autres cette expérience type : cas de résection d'un segment d'intestin, avec suture bout-à-bout pour rétablir la circulation intestinale.

Chez un lapin, la peau est incisée sur une longueur de un centimètre et demi et l'on protège les bords de l'incision par des compresses. L'on sectionne alors les muscles et le péritoine. Puis on place des compresses stérilisées humides sur les lèvres de la plaie, dont les angles sont pincés de façon à les maintenir.

L'intestin grêle est alors pris et entouré de compresses aseptiques, puis entre deux pinces, une partie en est sanctionnée, qui est désinsérée du mésentère.

Les muqueuses des deux bouts d'intestin, qui sont accolées en canon de fusil, s'éversent rapidement.

On pratique alors une suture au fil et à points séparés, en piquant d'abord l'aiguille de la muqueuse vers le péritoine, pour arriver, lorsqu'une partie des intestins est déjà suturée, à piquer du péritoine vers la muqueuse.

Il faut prendre peu de muqueuse, en luttant contre l'éversion, et comprendre dans la suture toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

Puis, agrandissant l'incision première, on va à la recherche de l'épiploon. On en prend une partie qu'on lie à sa base, qu'on sectionne et dont on fait un manchon entourant la ligne des sutures, en le fixant par deux ou trois points. Puis on referme la paroi.

Les animaux opérés d'après cette méthode, n'ayant présenté aucun accident, le docteur Robert Lœwy fut conduit à chercher un procédé pratique qu'il pût appliquer à l'homme, et tout dernièrement, dans le Livre d'Or offert au professeur Pozzi, il indiquait et précisait la méthode des *greffes péritonéales*.

Cette méthode constitue un procédé de sécurité dans les cas ordinaires où les sutures sont possibles, un procédé de choix dans les cas difficiles.

TECHNIQUE DES GREFFES PÉRITONÉALES

La méthode des greffes péritonéales comporte trois variétés de procédés :

1° *Le procédé de la bourre ;*

2° *Le procédé de la plaque ;*

3° *Le procédé du capuchon.*

Nous laisserons de côté les procédés 1 et 3, qui s'adressent plus spécialement aux plaies du foie et de la rate, et nous insisterons sur le *procédé de la plaque*, dont la pratique intéresse plus particulièrement l'intestin, ses déchirures, ses sutures.

I. Tout d'abord la greffe doit être faite avec l'épiploon séparé de sa base d'implantation.

L'épiploon, en effet, adhérant rapidement à l'intestin sur lequel il est appliqué, on évitera ainsi la formation de brides épiploïques vasculaires capables d'occasionner les mêmes accidents que les adhérences que l'on aura parfois voulu éviter.

De plus, sa disparition assurera plus tard l'intégrité absolue de la surface de l'organe qu'on aura voulu protéger.

II. La greffe épiploïque ne doit pas être employée

comme traitement des déchirures de l'intestin, sans occlusion ou tentatives répétées d'occlusion préalable des déchirures.

Elle servira seulement de moyen de protection et de renforcement des sutures intestinales.

La technique du *procédé de la plaque* contient trois temps qui sont :

La résection de la lame épiploïque ;

L'application ;

La fixation.

Après la laparotomie médiane, on va, avec toute l'asepsie possible, à la recherche de l'épiploon.

A l'aide de pinces de Kocher, et en sectionnant au fur et à mesure, on détachera une plaque épiploïque assez grande pour déborder très largement la ligne de suture sur laquelle elle devra être étalée.

Puis ayant évité de la toucher, afin de ne pas l'infecter ni la léser, on la mettra en place, et pour la fixer, on passera simplement des coulissés à une certaine distance des contours.

Rarement elle devra faire manchon, mais dans les cas de larges sutures, on pourra appliquer une greffe en U en fixant les deux branches au mésentère.

Peut-être, objectera-t-on que le procédé n'est applicable que si la plaie n'est pas septique.

Expérimentalement, dans un milieu non aseptique, la greffe se fait aussi bien. Ainsi donc, dans une plaie bien désinfectée, on pourra utiliser la greffe.

Cette méthode est déjà mise en application dans les hôpitaux et employée par nombre de chirurgiens, entre

autres M. le professeur Terrier, MM. Tuffier, Mauclore, Gosset, Brunswick.

Nous rapportons ici des observations inédites dues à la bienveillance de M. Gosset, professeur agrégé, où l'on verra avec quel succès la « Lœwyte », suivant l'expression du docteur Tuffier, peut être employée dans les cas de pyo-salpinx et d'adhérences intestinales.

OBSERVATION XI

Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Greffe épiploïque. — Drainage abdominal. Guérison.

Mme Z. Ch..., 47 ans, entre le 4 septembre 1902, à l'hôpital de la Pitié, dans le service du professeur Terrier.

Réglée à 14 ans et depuis très bien, sans aucun trouble jusqu'au mois d'août dernier.

Le 5 août, elle a ses règles comme à l'ordinaire, mais elles s'accompagnent de nombreux caillots.

Dix jours plus tard survient une métrorrhagie assez abondante qui dure quatre jours. La malade, épuisée et souffrant du ventre surtout après la marche ou une fatigue quelconque, entre à l'hôpital.

Le toucher fait apercevoir un col lisse, mobile, regardant en bas et à gauche, le corps est en avant sur le pubis, légèrement douloureux. Le cul-de-sac antérieur est normal, le cul-de-sac latéral droit est douloureux, on y sent une masse du volume d'une grosse orange, se prolongeant vers la fosse iliaque, mobile et douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon. Dans le cul-de-sac latéral gauche, une masse grosse comme une man-

darine, séparée de l'utérus elle aussi par un sillon, et se prolongeant en arrière dans le cul-de-sac postérieur ; elle est moins mobile que la tumeur droite.

Opération le 11 septembre. par M. Gosset, aide, M. Alexandre. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. Valve de Doyen. L'utérus est petit. La trompe droite est très augmentée de volume et suppurée ; la trompe gauche est également suppurée ; adhérences multiples de l'intestin grêle qui sont sectionnées au ciseau et avec les doigts. Ponction aspiratrice avec le trocart à droite et à gauche, on ne retire qu'une très faible quantité de liquide purulent. Section du pédicule ovarien droit entre deux pinces, ablation de la trompe et de l'ovaire droits, section du pédicule ovarien gauche entre deux pinces et ablation des annexes gauches.

Section du col, cautérisation au thermocautère, suture à la soie. Ligature des pédicules.

On réduit *une anse grêle qui adhérerait à la trompe en l'entourant d'épiploon*. Surjet péritonéal. Suture profonde à la soie. Suture de la peau aux crins. Drainage abdominal.

Après, l'opération 1.000 grammes de sérum. T., 37. P., 90.

Ablation des fils profonds, le 19 septembre, des fils superficiels et du drain, le 21 septembre. Sortie le 30 septembre 1903.

OBSERVATION XII

Salpingite droite suppurée en poussée aiguë. Hystérectomie abdominale sus-vaginale. Greffe épiploïque. Drain, mèche.

Mme A..., 27 ans, entre le 28 avril 1903, dans le service du professeur Terrier.

Réglée à 12 ans et depuis régulièrement et normalement. Il y a un mois, elle a été prise brusquement pendant son travail

de coliques localisées à la fosse iliaque droite, elle avait un peu de fièvre. Le lendemain apparaissent des vomissements, les douleurs abdominales persistent. Quinze jours plus tard, la malade a des pertes blanches pour la première fois ; de temps en temps les douleurs s'exacerbent et irradient dans la cuisse droite.

Depuis une dizaine de jours, amélioration notable de l'état général ; les pertes blanches ont disparu, ayant duré seulement une huitaine de jours et sans douleurs à la miction. Les dernières règles venues le 12-15 avril ont été normales.

Etat actuel. — La malade entre parce qu'elle ressent une douleur très vive dans la fosse iliaque droite ; elle a constamment des nausées. l'inappétence est complète ; très constipée, les dernières selles remontent à cinq jours.

Au toucher on sent un col complètement immobile et regardant en bas. Consistance et forme normales. Le fond de l'utérus est à trois travers de doigts au-dessus du pubis. Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt perçoit la face postérieure de l'utérus augmentée de volume. Le cul-de-sac gauche est empâté et un peu douloureux, le cul-de-sac latéral droit contient des annexes volumineuses et très douloureuses.

Le point de Marc Burney n'est pas sensible.

Opération le 6 mai, par M. Gosset, aidé de M. Lecène. Chloroforme, par M. Boureau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Plan incliné. Pas d'adhérences à la paroi. Annexes gauches suppurées facilement décorticables ; mais à droite, prolabées dans le Douglas. les annexes, également suppurées, sont très adhérentes avec une anse grêle qui descend dans le Douglas.

Ablation des annexes gauches. Amputation sus-vaginale de l'utérus. Section le long du bord du ligament large droit, énucléation de la trompe droite.

Ligature des pédicules, surjet péritonéal sur le bord supérieur du ligament large gauche, et sur la tranche utérine ; à

droite, libération de l'anse grêle, sur laquelle on place une greffe épiploïque. Drainage.

Durée de l'opération, 52 minutes.

Ablation de la mèche le 10, des fils profonds le 15, des fils superficiels le 18, du drain le 22. Sortie le 26 mai 1903.

Les résultats éloignés sont excellents. Revue en juin 1904, santé parfaite, travaille 10 heures par jour à la machine à coudre. Bouffées de chaleur pendant deux mois, depuis, pas le moindre malaise.

OBSERVATION XIII

(Communiquée par M. le docteur Gosset).

*Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale.
Appendicectomie. Greffes épiploïques.*

La malade, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 15 septembre 1906. Réglée à 13 ans; au début les règles étaient régulières, non douloureuses, et duraient de quatre à cinq jours.

Pas d'enfants ni de fausses couches.

Il y a deux ans la malade ressentit des douleurs localisées dans la fosse iliaque gauche. En même temps apparaissaient des pertes blanches tachant le linge en jaune. Depuis ce temps les règles devinrent irrégulières, assez douloureuses, et la malade perd en caillots.

Il y a quinze jours la malade fut prise de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche et sur la ligne médiane de l'abdomen.

Ses dernières règles sont venues le 3 septembre, très douloureuses, abondant en caillots sentant mauvais.

Au toucher, le col présente un volume normal, est lisse, régulier, ferme, repoussé en arrière et immobile.

On trouve une tumeur douloureuse à la pression, peu mobile, déviée à gauche, remontant à plus de quatre travers de doigt du pubis, et qui semble appartenir à l'utérus.

L'opération eut lieu le 26 septembre et fut pratiquée par M. le docteur Gosset, assisté de MM. Kuss et Desmares. Le chloroforme fut donné par M. Filhouland.

On fit la laparotomie médiane et sous-ombilicale. Après l'ouverture du péritoine, on trouva l'utérus adhérent en arrière à des anses d'intestin grêle, et l'on libéra de suite ces adhérences.

Les annexes présentent, à gauche, une salpingite suppurée qui contient cinq cuillerées à soupe de pus ; à droite, elles sont également suppurées.

L'on procède à l'ablation des annexes, puis de l'utérus, et l'on draine par le vagin.

On libère alors les anses d'intestin grêle dans le Douglas, mais dans les manœuvres de libération on intéresse les tuniques intestinales en deux endroits, sur lesquels on place *deux greffes épiploïques*.

Ablation de l'appendice.

Puis on met un drain abdominal, et un drain vaginal.

Suites opératoires : La malade reçoit pendant quatre jours 500 grammes de sérum, et on lui fait des injections d'huile camphrée. Le cinquième jour on enlève les deux mèches et l'on remplace le drain vaginal par un plus petit. Les sixième, septième et huitième jours on donne un lavement. Le neuvième jour on enlève les fils. Le vingtième jour on place un drain plus court, et le vingt-quatrième on enlève le drain abdominal.

La malade sort le 6 novembre.

Température maxima, 37°4.

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de faire des adhérences et, en particulier, des adhérences intestinales, nous amène à conclure que *l'adhérence n'est pas une entité morbide propre.*

I. — Résultant de l'inflammation des organes pelviens et du péritoine qui les enveloppe, elles constituent un épiphénomène dans le cours d'une péritonite, d'une salpingite, d'une inflammation d'un organe contenu dans la cavité pelvienne.

II. — Parfois, cependant, lorsque la lésion primitive a disparu, elles peuvent devenir la cause de phénomènes douloureux et de troubles fonctionnels variables.

Parmi ces phénomènes douloureux, il faut distinguer ceux qui sont dus au tiraillement que subissent les anses intestinales et ceux qui résultent de coliques, conséquences directes de la gêne apportée au cours des aliments.

En outre, elles peuvent occasionner des troubles digestifs plus ou moins accentués et l'occlusion véritable peut apparaître chronique avec phases aiguës ou aiguë d'emblée.

III. — Le diagnostic d'adhérences est, la plupart du temps, impossible. Mais dans les cas de pyo-salpinx et de salpingite, on devra toujours songer à l'existence d'adhérences.

IV. — Le seul traitement rationnel est la libération des adhérences.

V. — Il faut se mettre à l'abri de tous les accidents pouvant survenir à la suite de ces libérations, soit perforation intestinale, soit infection péritonéale secondaire, soit formation d'adhérences nouvelles, et la conduite que nous conseillons est la suivante :

Dans le cas de légère éraillure ou de très petite perforation intestinale, il sera nécessaire de faire des *sutures séro-séreuses*, en évitant avec soin de trop rétrécir le calibre du conduit intestinal.

Si les tissus sont dégénérés ou infectés, et si des fragments, suintants ou saignants de trompe ou d'ovaires que l'on a dû laisser adhérents font saillie sur la paroi intestinale, l'on aura recours à la *thermo-cautérisation*, méthode que nous avons vu donner de si brillants résultats entre les mains du professeur Pozzi et l'on drainera avec un Mickulicz.

Lorsque, dans les manœuvres de décortication et de libération des adhérences il se sera produit de grands décollements et que les tuniques intestinales seront largement dénudées, on aura recours à l'épiploon comme organe protecteur.

Dans des cas rares il sera possible d'employer la greffe intestino-intestinale, en accolant deux anses

l'une à l'autre, mais, le plus souvent, il faudra employer la greffe péritonéale.

Enfin, dans les cas de dénudation des parties inférieures du tube digestif avec tissus friables, il sera bon, une fois la réfection terminée, pour vérifier l'étanchéité et l'état des sutures, comme nous l'avons vu faire dans le service du professeur Pozzi, par le docteur Robert Lœwy, de donner avec précaution, à la malade, un petit lavement d'eau bouillie colorée ou non au bleu de méthylène.

Pendant ces temps, l'œil vérifiera la façon dont se comportera la région intéressée.

Vu: LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POZZI.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AMANN (de Munich). — De la réparation de grandes pertes de substance péritonéale dans les opérations sur le petit bassin. XIII^e Congrès international de Médecine, Paris 1900. Section de chirurgie.
- BOUQUET DE LA JOLINIÈRE. — Des adhérences considérées comme cause de phénomènes douloureux. *Thèse*, Lyon, 1895.
- CAZENAVE. — Considérations cliniques et opératoires sur une série de 144 hystérectomies abdominales. *Revue de gynécologie*, juillet-août 1906.
- CHAPUT. — Thérapeutique chirurgicale des affections de l'intestin, du rectum et du péritoine. Paris, 1896.
- CONDAMIN. — *Lyon Medical*, 1895.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, 1889.
- CRÉDÉ. — Traitement chirurgical des coliques chroniques graves. *Revue des Sciences Médicales de Harlem*, t. XXXI.
- DAMBRIN. — Recherches sur l'anatomie pathologique et le traitement des lésions intestinales dans les contusions abdominales. *Thèse*, Paris, 1903.
- DARTIGUES. — Hystérectomie abdominale intra-cervicale. *Bulletin de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, 18 octobre 1904.
- La laparotomie en gynécologie. *Revue de gynécologie*, octobre 1906.
- DEFAYE. — Histoire anatomique des inflammations adhésives. *Thèse*, Paris, 1839.

- DELAGE. — Hystérectomie abdominale, dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1901.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, 1900.
- HARTMANN et MORAX. — *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, 1874.
- HOWITZ (de Copenhague). — Hospital Tidende, 1889, nos 27-28.
- HUSSENSTEIN. — De la douglassite essentielle. *Thèse*, Lyon, 1895.
- JANICKE (de Breslau). — Des adhérences intestinales chez les femmes. XI^e Congrès International des sciences médicales à Rome, mars-avril 1894. *Semaine Médicale*.
- LABADIE LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 1901.
- LAUENSTEIN. — Brides épiploïques et adhérences dans l'abdomen, comme causes de coliques graves. *Centralblatt für chirurgie*, 1892. XXI^e Congrès chirurgie allemande.
- LAWSON TAIT. — *Medical Times*, 1884.
- LÆWY (Robert). — Greffes péritonéales. *Soc. de Biologie*, 27 janvier 1900.
- Méthode des greffes péritonéales. *Thèse*, Paris, 1901.
- Utilisation des greffes péritonéales dans la chirurgie abdominale. *Soc. de Biologie*, 18 mai 1901.
- *Revue de gynécologie*, oct., 1906.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Journal de médecine et chirurgie*, août. 1889.
- *Bulletin de la Société de chirurgie*, oct. 1894.
- NICAISE. — Du rôle des adhérences intestinales dans les phénomènes d'étranglement. *Gazette médicale de Paris*, 1894.
- Des adhérences péritonéales douloureuses. *Revue de chirurgie*, 1894.

NOVÉ-JOSSERAND et GOINARD. — Des adhérences intra-péritonéales douloureuses. *Journal med. et chir.*, avril, 1898.

— Gynécologie, 1898, n° 3.

— *Lyon Medical*, 1898.

POZZI (S.). — Traité de gynécologie, 4^e édition.

— Congrès franc. chir., 1896.

QUENU et JUDET. — De la péritonisation dans les laparotomies. *Revue de chirurgie* avril, 1901.

RANVIER. — De l'endothélium du péritoine et des modifications qu'il subit dans l'inflammation expérimentale. Comptes rendus de l'Académie des sciences. avril, 1891.

RECLUS. — *Semaine médicale*, 1891, n° 35.

RIEDEL (d'Iena). — Über adhäsivent zündungen in der Bauchsle. *Arch. für Klinische chirurgie*, 1894, B. D. XLVII.

ROUX (de Lausanne). — Réunion de médecins suisses à Lausanne, 1895. *Médecine moderne*.

SNÉGUIREFF. — Mille et une laparotomie. Autoplastie dans les opérations abdominales. *Revue de chirurgie*, sept., 1889.

TIETZE (A.). — Recherches expérimentales sur la plastique par l'épiploon. *Beitr. zur Klini, chir.*, 1899.

TOUPET. — Des modifications cellulaires de l'inflammation simple du péritoine. *Thèse*, Paris, 1887.

